FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. DUCLOS
Externe des Hôpitaux de Paris

QUELQUES MÉTHODES ACTUELLES

DE

Traitement du Bubon chancrelleux

LIQUIDE DE CALOT -:- VASELINE IODOFORMÉE

Président : M. JEANSELME, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Medecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur MÉNÉTRIER
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur SÉBILEAU
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé GRÉGOIRE
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CAUSSADE
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur TRIBOULET
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LARDENNOIS
Chirurgien des Hôpitaux

A la mémoire de Monsieur le Docteur CHAPUT
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LÉVY-FRANCKEL

Témoignage de reconnaissance.

Aux Docteurs A. DOUMER et M. BOITEUX

Souvenir de bonne camaraderie.

QUELQUES MÉTHODES ACTUELLES

DE

Traitement du Bubon chancrelleux

LIQUIDE DE CALOT -:- VASELINE IODOFORMÉE

I. — Définition du bubon chancrelleux.
II. — Enumération des différentes thérapeutiques anciennes.
III. — Thérapeutique actuelle.
A. — Bubon à poches multiples : injection du liquide de Calot.
α) Technique.
β) Observations.
B. — Bubon à poche simple : injection de vaseline iodoformée à 20 o/o.
α) Technique.
β) Observations.
Conclusion
IV. — Bibliographie.

Bien que l'on ait désigné sous le terme de bubon toutes les adénites de l'aine : adénites simples, causées par une lésion banale des organes génitaux ou du membre inférieur, adénites scrofuleuses, bubon primaire syphilitique, bubon mixte syphilo-strumeux, bubon mixte syphilo-chancrelleux, on entend généralement par ce terme le bubon chancrelleux, complication du chancre mou.

C'est cette adénite inguinale apparaissant quelques jours après le chancre mou, siégeant généralement à

la partie supérieure et interne de la cuisse, et produite soit par le bacille de Ducrey-Unna ayant pénétré dans le système lymphatique au niveau du chancre mou, et ayant remonté jusqu'aux ganglions, soit par les toxines transportées du chancre au ganglion, soit par des microbes pyogènes vulgaires, que nous aurons ici en vue.

Nous étudierons sa thérapeutique actuelle qui diffère selon que l'on envisage le bubon à poches multiples, ou à poche simple. Dans le premier cas nous parlerons des injections de liquide de Calot ; dans le deuxième cas des injections de vaseline iodoformée, apportant quelques modifications à la méthode de MM. Otis et Fontan, rappelée récemment par MM. Dubreuil et E. Mallein, et des observations nouvelles à l'appui de ses bons effets.

Les traitements proposés pour la guérison du bubon sont très nombreux. Je ne ferai qu'une simple énumération de la plupart d'entre eux, très bien étudiés dans de multiples ouvrages, me réservant de développer ceux qui nous intéressent plus particulièrement.

En dehors des traitements abortifs, tels que compression associée à l'action des pansements et des topiques réducteurs, aidés naturellement par le repos au lit et l'absence d'irritations, ces deux dernières conditions étant indispensables à tout traitement du bubon, on a employé tour à tour l'action de la chaleur, le bacille de Ducrey ne résistant pas à une température supérieure à 39 degrés (bain de 41° de Au-

bert) puis le froid, maintenant sur le bubon une vessie de glace. On s'adressa aussi aux pommades iodées, à la teinture d'iode, à l'onguent napolitain, à la pommade à l'ichtyol, aux badigeonnages au collodion iodoformé. Des vésicatoires suivis de pansements au sublimé furent également utilisés, ainsi que les sangsues et les scarifications.

L'intervention chirurgicale avec l'ablation du ou des ganglions malades (Legrain, Audry, Gosset) ou le curettage de la poche dans le cas d'abcès ganglionnaire, ainsi que la ponction incision de Broca furent aussi appliqués. Citons encore la méthode de Bier cherchant dans l'hyperhémie produite par une large ventouse, reliée à une poire de caoutchouc,uue action bactéricide, analgésique, résolutive ; dans le cas de fluctuation la ponction précédant la mise en place de la ventouse et suivie de pansements humides très chauds.

De nombreuses injections médicamenteuses furent proposées pour la guérison du bubon. Hanse préconisa l'injection d'un mélange de deux parties de vin aromatique pour une de teinture d'iode ; Gamel et Eichstorff celle de l'éther iodoformé précédée du lavage de la cavité de l'abcès bubonien au moyen de l'eau phéniquée au 1/20. Welander, Lang, Cordier, Balzer, Morel, Brousse injectèrent une solution de benzoate de mercure à 1 o/o. MM. Jullien et le Pileur pratiquèrent l'aspiration du pus au moyen d'une seringue de Pravaz et la firent suivre d'une injection de la solution de nitrate d'argent au 1/5o.

Le cuivre fut également employé dans la thérapeutique du bubon. Danieilli et Wertheim en ont signalé les effets. Récemment Couanet notait dans sa thèse les résultats encourageants obtenus au moyen de 2 à 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal. On a parlé aussi des avantages des injections du liquide de Mencière.

Notons la méthode du drainage filiforme de Clément Simon, l'enfumage iodé de Petges, Gratiot, Cottu dans le cas de bubon chancrellisé.

La radiothérapie enregistre également de beaux succès.

Comme nous le voyons les moyens thérapeutiques dont nous disposons en ce qui concerne le bubon sont très nombreux. Beaucoup sont excellents.

Cependant la rapidité de guérison obtenue selon les cas par les injections du liquide de Calot (Lévy-Franckel) ou l'injection de vaseline iodoformée et les statistiques données à ce dernier sujet par de nombreux auteurs nous ont paru tellement intéressantes que nous nous sommes particulièrement occupé de la question et que nous nous efforcerons d'en préciser la méthode la plus récente, celle que nous avons vue souvent pratiquer dans le service de M. le professeur Jeanselme, et pendant la guerre, à l'hôpital mixte d'Orléans, par M. Lévy-Franckel, auquel je suis reconnaissant de mes principales observations concernant les injections du liquide de Calot.

Bubon à poches multiples

L'injection du liquide Calot :

Gaïacol	2 gr. 50
Iodoforme	1 gr.
Huile d'olive	30 gr.
Huile de vaseline	30 gr.

Dont nous relatons ci-dessous des observations, semble devoir être plus particulièrement intéressante dans le cas de bubons à poches multiples. Ce liquide très fluide diffuse plus facilement que la vaseline dans tous les recessus.

La technique en est fort simple. Après avoir fait l'asepsie de la peau, au moyen de la teinture d'iode, on ponctionne à l'endroit fluctuant, au moyen d'une aiguille stérilisée montée sur une seringue de contenance différente selon la quantité du pus à retirer et du liquide à injecter.

Après avoir bien aspiré tout le pus de la cavité on injecte une quantité à peu près équivalente de liquide de Calot.

La ponction suivie de l'injection sera recommencée tous les deux jours jusqu'à guérison complète du bubon.

Un pansement stérilisé sec est appliqué après chaque injection. Le malade est maintenu au repos pendant toute la période des phénomènes imflammatoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M..., Maurice, 168e R. I.,cl. 1918.

Le 2 août 1917,chancre mou balano-préputial.

Le 10 août, adénite inguinale gauche en voie de suppuration.

Le 11 août, ponction du bubon ; injection de 2 centimètres cubes de liquide de Calot.

Le 14 août, injection du liquide de Calot, 2 centimètres cubes.

Le 16 août, injection du liquide de Calot, 2 centimètres cubes.

Le 21 août, injection du liquide de Calot, 2 centimètres cubes.

Le 21 août, injection du liquide de Calot, 2 centimètres cubes.

Le 24, le malade est guéri de son bubon et sort le 30 de l'hôpital.

OBSERVATION II

E... Maurice, classe 1910.

Présente un chancre mou de la verge depuis le 10 mai 1917.

Entre le 4 juin 1917 pour une adénite bilatérale suppurée.

Le 11 juin, ponction ; injection de 2 centimètres cubes de liquide de Calot.

Le 12 juin, nouvelle injection de 2 centimètres cubes.

Le 14 juin, les bubons sont très améliorés. On injecte seulement du côté gauche 1 cmc. 1/2

Le 18, le ganglion du côté gauche est complètement sclérosé et transformé en cordon fibreux.

Du côté droit la ponction ramène 1 cmc. 1/2 de pus sanguinolent. On injecte 1 cmc. 1/2 de liquide de Calot

Le 21, nouvelle petite injection du côté droit.

Le 25 juin, les deux bubons sont guéris.

OBSERVATION III

M... Jean, 5e C. O. A., classe 1901.

Le 10 juillet 1917, chancre mou du prépuce.

Le 15 adénite, inguinale droite empâtée et rouge non fluctuante.

Le 23, ponction, injection de 1 centimètre cube de liquide de Calot.

Le 24, ponction, injection de 1 centimètre cube de liquide de Calot.

Le 25, ponction, injection de 1 centimètre cube de liquide de Calot.

Le 27, la rougeur et l'empâtement ont complètement disparu. Le ganglion est en voie de sclérose et le malade sort le 1er août 1917.

OBSERVATION IV

Gr... Jean, 81 A. L., classe 1916.

Le 20 décembre 1916, deux chancrelles balano-préputiales

Le 1er janvier 1917, l'examen à l'ultra-microscope révèle la présence du bacille de Ducrey.

Le 9 janvier, ganglion inguinal droit.

Le 13, bubon à droite avec folliculite. Ponction du bubon ; injection de 2 centimètres cubes de liquide de Calot.

Les 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29, nouvelles injections de liquide de Calot. A cette époque le malade est guéri et sort de l'hôpital le 2 février 1917.

OBSERVATION V

Bos... Maurice, classe 1919.

Chancre mou balano-préputial. A son entrée à l'hôpital le 21 avril 1918 présente un bubon inguinal droit datant de quinze jours.

Le 21 avril 1918, ponction, injection de 2 centimètres cubes de liquide de Calot.

Le 23, même traitement et ainsi tous les trois jours.

Le 17 mai, le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

Bi... Edouard, section C. O. A.

Entre à l'hôpital le 12 mars 1917 pour chancres mous multiples du prépuce datant du 26 février.

Le 16 mars, adénite inguinale gauche, pas de fluctuation ; lymphangite de la base de la verge.

Le 17 mars, la ponction ramène cependant du pus abondamment. Injection de 2 centimètres cubes de liquide de Calot ce jour-là et tous les autres jusqu'au 23.

Le 28 mars, il ne sort plus que du liquide clair, sans pus.

Le 31 mars 1917, le malade sort complètement guéri.

Bubons à poche simple.

MM. Otis et Fontan avaient donné les principes généraux de la méthode des injections de vaseline iodoformée : ponction au bistouri de la cavité de l'abcès, évacuation du pus par pression manuelle, injection d'onguent iodoformé chaud à 1/100.

MM. Dubreuilh et E. Mallein, ont exposé (*Presse médicale* de juillet 1918) une modification de la méthode : injection de vaseline iodoformée *froide* pour éviter que cette dernière ne ressorte par les lèvres de la ponction, étant donné sa grande fluidité à chaud. Leur statistique donnait comme résultat 106 succès complets pour 121 malades traités de la sorte.

Chez les malades dont les observations sont relatées plus loin on s'est particulièrement appliqué à prendre des précautions d'*asepsie*, on a injecté la vaseline iodoformée à un titre différent des précédents et l'on a modifié le mode opératoire par des procédés de détail, dont l'ensemble acquiert une bonne valeur,

puisqu'il permet des guérisons plus rapides que par les anciennes façons d'opérer.

Technique. — Après avoir assuré une *asepsie parfaite*, au moyen de l'autoclave, des instruments dont on aura besoin : bistouri, sonde cannelée, seringue, des compresses et de la vaseline iodoformée, on se lave les mains avec les mêmes soins que pour une intervention chirurgicale en s'aidant de la brosse, du savon, de l'alcool à 90 degrés.

On met alors une légère couche de teinture d'iode sur toute la région inguinale et à l'endroit le plus fluctuant on incise sur une largeur juste suffisante pour permettre le passage de l'embout de la seringue (soit environ un à deux millimètres).

On exprime *tout* le pus contenu dans la cavité de l'abcès et dans les pertuis que l'on aura ouverts à la sonde cannelée.

On nettoie à nouveau la région au moyen d'alcool iodé, pour enlever le pus qui en sortant est resté au contact de la peau.

La vaseline stérilisée dans la seringue est ramollie à la température de la main. Au moyen de la seringue la cavité du bubon est ensuite remplie de vaseline iodoformée *froide* à 20 o/o que l'on injecte *sous pression* afin qu'elle pénètre dans tous les pertuis et soit au contact de tous les tissus contaminés. On peut aider cette pénétration au moyen d'un très léger massage de la région, l'embout de la seringue étant encore maintenu dans la petite plaie de la ponction, pour éviter que la vaseline ne ressorte.

Il ne reste plus qu'à boucher l'incision au moyen de collodion et, après avoir appliqué des compresses et de l'ouate autoclavées sur la région, on fait un spica.

Soins consécutifs. — Le pansement est refait deux jours après. Si, en exprimant légèrement, on ne voit sortir par le trou de la ponction faite l'avant-veille que de la vaseline iodoformée, on change simplement les compresses et l'on refait le pansement. Quelquefois avec la vaseline il ressort un peu de pus. Dans ce cas on exprimera au dehors toute la cavité du bubon et l'on injectera à nouveau de la vaseline iodoformée en prenant les mêmes soins d'asepsie et en se comportant de la même façon que la première fois.

Avec cette méthode on peut voir le bubon guérir en six à huit jours.

Comme on peut le remarquer, la méthode actuelle diffère légèrement de l'ancienne. Dans cette dernière on aseptisait la peau au moyen de savon et d'éther sulfurique. Nous avons préféré la teinture d'iode. Avant d'injecter l'onguent iodoformé, Otis lavait la cavité de l'abcès avec une solution de sublimé à 1/1000. La nouvelle méthode n'a pas conservé ce détail.

L'onguent chaud très difficile à maintenir sous pression dans le bubon a été remplacé par la vaseline iodoformée froide autoclavée dans la seringue même et laissée refroidir avant de l'injecter. La sim-

ple chaleur de la main contre la seringue donne à la vaseline une fluidité suffisante.

Otis permettait au malade de marcher pendant la durée du traitement. Il semble que le repos soit un très utile adjuvant de la nouvelle façon de procéder. D'ailleurs le repos ici n'est que de quelques jours étant donnée la rapidité des guérisons obtenues par cette méthode.

La cure est particulièrement remarquable quand l'injection est faite d'une façon précoce. Aussi, dès la moindre fluctuation ne faut-il pas hésiter à ponctionner et à injecter la vaseline iodoformée, même s'il ne sort pas de pus.

J'emprunte à M. Otis le résumé des avantages de sa méthode qui valent également pour la méthode actuelle, en faisant cependant quelques réserves au sujet de sa troisième énumération :

1° Elle est simple et sûre ;

2° Dans le cas ou elle est applicable, la guérison est en général plus prompte que par toute autre méthode.

3° Elle n'empêche pas le malade d'aller et de venir pendant le traitement.

4° Le premier ganglion ainsi rendu aseptique, l'asepsie se propage et les autres ganglions de la chaîne ont moins de chance de suppurer.

5° Elle ne laisse pas de cicatrice.

6° Elle n'empêche aucun traitement chirurgical ultérieur.

Ce dernier nous semblant spécialement indiqué

dans les vieux bubons à grosses ulcérations, à grands décollement de peau, à production de fusées purulentes importantes.

OBSERVATION I

B..., Joseph 590 A. S., cl., 1913.

Le 5 octobre 1918, présente un chancre mou préputial. On lui fait un Wassermann, qui donne un résultat négatif.

Le 26 novembre, apparaît une adénite inguinale droite.

On le ponctionne au bistouri puis on lui injecte de la vaseline iodoformée.

Le 4 décembre, il sort guéri, huit jours après l'injection.

OBSERVATION II

B..., 3e tirailleur algérien, entre à l'hôpital le 25 août 1918.

Chancre mou balano-préputial datant de un mois.

Le Wassermann et l'examen à l'ultra-microscope sont négatifs.

Le 27 août 1918, il présente un bubon inguinal gauche légèrement fluctuant. On le ponctionne au bistouri et on lui injecte la vaseline iodoformée.

Le 7 septembre, il sort guéri.

OBSERVATION III

J..., 506 A. S., cl. 1913, entre le 7 août 1918 à l'hôpital.

Chancre mou balano-préputial, adénopathie datant de huit jours.

Ultra-microscope = o. Wassermann = —.

Le 15 août, il présente un bubon inguinal droit.

Le 18 août, on ponctionne le bubon et l'on injecte la vaseline.

Le 31 août, il est guéri.

OBSERVATION IV

C... Jean, 500 A. S., cl. 1909, entre à l'hôpital le 18 septembre 1918 pour un chancre mixte balano-préputial qu'il à depuis vingt jours.

Le 1er octobre 1918, il présente une adénite inguinale droite fluctuante On ponctionne et l'on injecte la vaseline.

Le 5 octobre, on trouve encore du pus. Nouvelle injection précédée de l'ouverture à la sonde cannelée de tous les recessus de la poche bubonienne.

Le 15 octobre, troisième injection de vaseline.

Le 19 octobre, le malade est guéri.

OBSERVATION V

A... Auguste, 500 A. S., 1912, entre le 19 août 1918 pour chancre mou qu'il a depuis quatre jours.

Quelques jours après il a une adénite inguinale à gauche.

Le 27 août, on ponctionne son bubon et on injecte la vaseline.

Le 2 septembre, il est très amélioré.

Le 29 septembre, il sort guéri de l'hôpital.

OBLERVATION VI

G... François, service automobile, entre le 21 septembre 1918. Chancre mou depuis le 14 septembre.

Le 15 octobre, bubon inguinal droit suppuré.

Le 20 octobre, injection de vaseline iodoformée.

Le 18 novembre, il est guéri et sort de l'hôpital.

OBSERVATION VII

H... Henri 500 A. S. cl. 1916 entre le 25 septembre 1918 avec un chancre mou du filet qu'il à depuis huit jours.

Il a également un bubon inguinal à gauche.

Le27 septembre, injection de vaseline iodoformée.

Le 21 octobre, le pus persiste dans le bubon. On fait une deuxième injection de vaseline.

Le 16 octobre, le bubon est guéri et le malade sort de l'hôpital quatre jours après.

OBSERVATION VIII

P... René, 277 d'artillerie.

Entre le 9 septembre pour chancre mou du frein qu'il a depuis le début de septembre.

Wassermann négatif.

Le 3 décembre, apparaît une adénite inguinale gauche qui fluctue rapidement et que l'on ponctionne. Injection de vaseline iodoformé.

Le 6 decembre, grosse amélioration ; plus de pus.

Le 10 décembre, le malade sort guéri.

OBSERVATION IX

B... 500 A. S., cl. 1910.

Entre le 17 septembre 1918 pour chancre mou qu'il a depuis quatre jours dans le sillon balano-préputial.

Le 8 octobre, apparaît une adénité inguinale droite.

Le 10 octobre, ponction et injection de vaseline.

Le bubon continuant à suppurer on fait plusieurs injections de vaseline.

Le 24 novembre, le malade sort guéri.

OBSERVATION X

Lit 2, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Le malade présente un chancre mou dans le sillon balano-préputial depuis le 1er mai 1919.

Le 15 juin se manifeste une réaction ganglionnaire inguinale à gauche.

Le malade rentre à l'hôpital le 15 juillet ; le jour même on lui ponctionne son bubon et on lui injecte la vaseline iodoformée.

Le 23 juillet 1919, il est guéri.

OBSERVATION XI

Lit 10, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Malade ayant eu un chancre mou préputial le 15 juin 1919.

Le 6 juillet, apparition d'un bubon.

Le 16 juillet, ponction et injection de la vaseline.

Le 28 juillet 1919, le malade est guéri.

OBSERVATION XII

C... C., trente-cinq ans, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Chancre mou préputial le 19 juillet 1919.

Le malade entre à l'hôpital le 4 août 1919 présentant deux bubons : l'un à droite apparu le 30 juillet, l'autre à gauche venu le 25 juillet.

Le 5, on ponctionne les bubons puis l'on injecte la vaseline iodoformée.

Le 20, les bubons sont guéris.

OBSERVATION XIII

O... A., trente-sept ans, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris. Chancre mou apparu au commencement de juin 1919, dans le sillon balano-préputial.

Le 15 juin, adénite double.

Le 31 juillet, on ponctionne ses bubons et l'on injecte la vaseline iodoformée.

Les bubons sont guéris, le 20 août 1919.

OBSERVATION XIV

H... Al., salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Chancre mou préputial le 8 juillet 1919.

Entre à l'hôpital le 12 juillet.

Le 16 juillet, il présente un bubon à droite.

Le 20, on le ponctionne et l'on injecte la vaseline.

Le 9 août, il est guéri.

OBSERVATION XV

M... E., lit 18 *bis*, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Chancre mou préputial le 16 juillet 1919.

Bubon le 20 juillet.

Entre à l'hôpital le 2 août.

Le 5 août, on lui ponctionne son bubon et on injecte la vaseline iodoformée.

Le 19 août, le malade est guéri.

OBSERVATION XVI

P... G., salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Chancre mou apparu le 10 juillet 1919.

Le 20 juillet, bubon.

Entre à l'hôpital le 4 août.

Le 6 août, on le ponctionne et on fait l'injection de vaseline.

Le bubon est guéri le 29 août.

OBSERVATION XVII

N... N..., lit 41, salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, Paris.

Apparition d'un chancre mou préputial à la fin de juillet 1919.

Entre à l'hôpital le 7 août pour bubon à gauche.

Le 8 août, ponction et injection de la vaseline iodoformée.

Le 16 août, le bubon est guéri.

N.-B. — Les neuf premières observations m'ont été données par M. Lévy-Franckel. Les autres sont des observations personnelles recueillies dans le service de M. le professeur Jeanselme.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, nous possédons de multiples procédés pour guérir le bubon chancrelleux. Pour des raisons de rapidité dans son traitement et de commodité dans son exécution, nous avons donné nos préférences aux injections actuelles de vaseline iodoformée à 20 o/o dans le cas de bubon à poche simple, et de liquide de Calot dans le cas de bubon à poches multiples. Ce dernier liquide, à cause de sa plus grande fluidité, pénétrant plus facilement dans tous les recessus.

Ces deux thérapeutiques, bien qu'ayant des indications spéciales, peuvent à la rigueur se suppléer mutuellement. Mais toutes les deux réclament les soins d'asepsie des instruments, du champ opératoire, des mains de l'opérateur, sur lesquels nous avons particulièrement insisté, la durée du traitement et les complications de l'affection pouvant en dépendre.

Vu : le Président de la thèse
JEANSELME

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Annales des Maladies vénériennes, mai 1919, n° 5.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, t. VII, mai 1919.

Arnozan et Vigneron. — Traitement du chancre mou et du bubon.

Auregau. — Sur le Traitement du chancre mou compliqué d'adénite (Arch. de méd. et de pharmac., Paris, 1918).

Ballet. — Du Traitement des bubons par les vésicatoires. Thèse de Strasbourg, 1862.

Bebin. — Sur le traitement du bubon vénérien. Thèse de Strasbourg, 1831.

Balzer et Souplet. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et des bubons.

Berdal. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1re partie.

Buisson. — Bubons inguinaux avec polyadénite chronique chancrelleuse traités par la méthode de Bier (Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 75, XIX, 1908).

Bonnafont. — Emploi du séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons (Mémoires de Med., de Chirg. et de Pharm. milit., 1854).

Carle. — Traitement chirurgical du bubon (Annales de Dermat. et Syphilig., p. 203, 1905).

Couanet. — Traitement du bubon en particulier par injections de cuivre colloïdal. Thèse 1916, Paris.

Cavallini (E.). — Il drenaggio filiforme nella cura della adenite vénéra (Ann. di med.nav. Roma, 1918, 150).

Daime. — De la cautérisation des bubons (Journal des connaissances médicales, août 1839).

Delaunay. — De l'adénite inguinale vénérienne et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1865.

Ducrey. — Recherches expérimentales sur la nature intime des principes contagieux du chancre mou (Congrès intern. de Paris, 1889. Comptes rendus du Congrès intern. de Dermat et Syphil., Paris, 1889, p. 229).

Dubreuilh. — Traitement du chancre mou et de ses complication (Traité de thérap. appliquée, 1896).

Dubreuilh et Mallein (E.). — Trait. des bubons chancrelleux (Presse médicale, 11 juillet 1918).

Fabre. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1795.

Fontan. — Archives de Médecine navale, 1889, L. II, 5 ; (Presse médicale 1909.

Gaymard (Louis). — Des adénites iliaques chancrelleuses, et de leur traitement opératoire.

Gamel. — Traitement du bubon (Sem. méd., 1892, p. 62).

Gaucher. — Traité de Syphiligraphie.

Gavoy. — Etude clinique sur le traitement du bubon vénérien.

Hullard. — Des ponctions multiples dans le traitement des bubons (Bull. gén. de thérap., XXI, août 1841).

Hayden (J.). — Iodoform-ointement, injections in the treament of, etc (Am. Journal of Med. Sciences, 1895).

Hanse. — Considérations sur le bubon vénérien. Paris, 1828.

Jambon et Tzanck. — Considérations sur le traitement des chancres mous (Ann. des Mal. vénér., Paris, 1918).

Legrand. — Traitement rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression et la suture immédiate (Ann. des maladies des org. gén.-urin., mai, 1907).

Lassueur. — Le Traitement du bubon par les rayons X (Arch. d'Electricité méd. Bordeaux, 1907, XV, 449-451).

Le Pileur. — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés.

Lejars. — Traité de Chirurgie, t. I (Bubon : Reclus).

Le Follec. — Au sujet du traitement du bubon par les injections de vaseline iodoformée (Arch. de méd. Paris, 1891).

Neebe. — Traitement du bubon (Ann. de Dermat. et Syph., 1895).

Netter. — Gazette méd de Paris, 1862.

Nicolle. — Recherches sur le chancre mou. P. 1892-1893.

Poirson. — Contribution à l'étude du traitement des chancres mous et du bubon chancrelleux aux armées. Thèse de Paris, 1918.

Pousson. — Contribution à l'étude du traitement chirg. du bubon (Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1903).

Ricord. — Journal des connaissances méd., janv. 1834; Bulletin gén. de thérapeutique, 1843.

Roux. — Du traitement du bubon par les injections iodées (Archives gén., 1846-1847).

Simon. — Compte rendu Société Biol., 17 mai 1902.

— Soc. Med. des Hôp. de Paris, mars 1916.

Thibierge, Ravaud et Lesourd. — Soc. méd. des Hôp., 2 juin 1905.

Vidal de Cassis. — Traitement local des bubons (Ann. des mal. de la peau, 1851, IV).

Welander. — Revue gén. de clinique et de thérap. 1891, p. 280.

— Communication à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, juin 1891.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 6089-19